

Medical geography と民間医療

千 葉 徳 爾

目 次

1. はじめに	1
2. 民間医療とは何か	2
3. Medical geography の概念	7
4. 医学的研究と地理学的研究	9
5. 民間医療の Medical geography による考察の 1 事例	12
——恙虫病の場合——	
その 1	12
その 2	16
その 3	18

Mebical geography と民間医療

千葉 徳 爾

1. は じ め に

30年ほど前に、長野県木曾谷のある村で、その地域にどのような病気があるかを調べたことがあった。学生10数人に質問用紙を持たせて、各戸を訪問して在宅者に面接し、家族全員について年齢・既往症・現在の健康状態・病人があればその病名・治療法などを質問して用紙の項目に記入集計させたのである。もちろん、調査者自身が医学については素人であるから、もっぱら住民自体がもつ病気の概念と、彼等のそれについての認識と対応の如何について知ろうとしたのである。その結果については、その当時、極めて簡単な報告を行ってある⁽¹⁾。その折の印象としてもっとも強く感じたのは、住民が『病気』と考えているものが、現代の医学の医学的モデルと呼ばれる病気の概念とはかなり異なるということであった。たとえば、皮膚の腫物、簡単な外傷などは病気とは考えず治療もしないこと、また精神異常や妊娠中絶などは遠方に行って処置するので、この地域の医療施設ではそのような患者は存在しないことなどがそれである。かような市民の病気とそれに対する対応は、これまでの主として死亡率からみた病気の調査、すなわち近代医学による死者の病名にもとづく研究からは、明かにしえない点があることを示す。このような事実は医学者からみてはさほど重要とはいえないかも知れぬが、地域の実態を明かにしようとする地理学者の立場からは重要である。いうまでもなく、近代医学といえども多くの場合に病気の発見又は治療の開始は、まず患者もしくはその保護、介護に当る者が、それを病気と認識して進んで医療を求めてくることによって、はじめて成立するのである。もし、患者や保護者がそれを治療を要しないものと考えて受診しない場合には、大半の医師はその病気の存在を知ることができないであろう。そのうちでも、死亡原因となるような病気については死亡届が必要であるから、多くは医師がこれを知り得るけれども、そのような病気でない場合には必ずしもその病気の罹患率というものは明かにはならないであろう。つまり、かような民間における医学的認識の状況が、意外にも近代的な医学地理学的研究の基礎となっている、ということが推論できるのである。このような点で論者自身は、はじめてこの分野への問題点について眼をひらかれると共に、かような研究の重要性を認めつつも、それが個人的研究として極めて労多いものであることを感じて、このテーマを追究することに躊躇せざるを得なかったのである。そして30年を経て、この方向をいま一度模索してみようと思いたったのは、1986年4月の日本地理学会で医学地理学研究グループの報告として行った「医学地理学と民間医療論」の発表に対して、何人かの方々から賛意を寄せられた結果である⁽²⁾。ここに、それらの方々に謝意

を表すると共に、本稿はその時の報告にその後の調査、考察を加えて修正したものであることを明記しておく。

2. 民間医療とは何か

本稿で民間医療と呼ぶのは、日本民俗学で従来から民間医療の名称でまとめていた、民衆の間で伝承されてきた習俗として行われる医療行為体系⁽³⁾と、その行動から推論できる生命についての観念ならびに人生観の基本的な内容とを併せたもの⁽⁴⁾とする。かような医療行為は正規に国家が認定した医学教育制度にもとづいて、教育された人びとが行う医療とは全く別個の、在来の一般庶民が伝承してきた医療・衛生の知識体系といってもよいであろう。

日本民俗学で民間医療という名称で分類されている『病気』に対する治療行為には、つぎのような類型がかぞえられている。

1. まじない

その方式としてつぎのものがある。

- A. 唱えごとによる
- B. 行為による
- C. 霊に対する宥和をはかる
- D. 霊に対する脅迫をする

2. 祈願

その方式につぎのものがある。

- A. 自己の好物を絶つ
- B. 品物を奉納する
- C. 神仏を巡拝する
- D. 多数の共同祈願

これらの方式は病気に対してばかりでなく、人間の癖や知能の向上、災害の防除、危機の消除などについても適用される。

3. 薬物による

これは、いわゆる草根木皮のほか、動物・鉱物などをそのままあるいは加工して用いる。このほか食餌療法、食合せなども含まれる。

4. 物理的方法による

- A. 鍼
- B. 灸
- C. 湯治
- D. 滝にうたれる

これらは、われわれが一般に『病気』とみなすような状態に、直接に対応する目的で行う治療法といえる。そのほか対症療法でない予防法という形式のものがある。たとえば、正月のドンドヤキ

の火で焼いた餅を食べると風邪をひかないとか、また、浅草観音堂前の香炉に供えた線香の煙をかけて撫でると頭痛を病まないなどというなどは、この種の類型の例である。西瓜とうなぎを一緒に食べると腹が痛くなるなどというのも、一種の予防法に属するといえよう。これらは一種の衛生思想として、民間医療に含めることができる。

しかしながら、われわれが現代の社会現象として注意しなくてはならないものは、かような具体例としての身体疾患のみに限るべきではない。そのような視角のみから民間医療をとりあげるのは、近代西欧医学の立場に立つ視角であるといってよいと考える。実際は従来の多くの民俗学的な民間医療の研究でも、この視角からするものが大半を占めている。それらは民俗学本来の研究目標とは方向を異にするからである⁽⁶⁾。もともと日本民俗学がこのような病気に対する慣習的態度をとりあげる意味は、どのような食物相互の組合せによって、いかなる病気が発生するかといった医学的分析を行うことにあるのではない。一般の民衆が健康状態についてどのような認識を有つのか、また、病気とはいかなる状態をさすのか、さらに病気という状態をおこす原因としてどのようなものを考えているのか、といった民衆の自己認識あるいは思想形成の過程を知ろうとするのが、民俗学の研究目的である。したがって、食合せを研究するための具体的な食物や調理法などは時代的に異なることを理解しなくてはならない。またそれは生活程度によっても異なるはずである。したがって、それらの合理的か否かの判断も、それぞれの時代のそれぞれの土地条件や社会生活の形態に応じて判断されるべきものである。現代の医学的知識を基準として適・不適を断定だけが学問的に正しいとはいえない。

もともと、現代のわれわれが知る限りでの民間医療とは、その方法、その内容などにおいて、それらを伝承している個々人やそれぞれの社会集団にとって、信頼しうるものとして存在している。だからこそ行われるのであって、もし、それらは頼りにならないものだと思なされるならば、生命や健康を重要と考える限り、そのような不安なものは棄て去られるはずである。いうまでもなく、それらの知識は何らかの意味で、たとえばその土地ごとの社会事情の複雑な組合せ、各人の知的水準、対人関係、そのほかもろもろの条件の組合せによって選ばれたものである。したがって、時代により人によってよりよいと信ずる方向へ常に改良・改善されつつある。現実の伝承とはかくの如きものであり、決して古来一定不変の姿とはいえない⁽⁶⁾。

われわれが特に注目するのは、人びとがかような治病手段そのものの背後にある、生命あるいは人生というものを、どのように病気の治療あるいは健康の維持という面から位置づけているかという点である。これが民俗学が民間医療をとりあげる目的のうちでも、最大の眼目といってよいと考える。

周知のように、近代西欧に発達した医学体系においては、その窮極目標とするところは生命の維持延長である。何物を犠牲としても個々人の生命を維持することが至上命令となる。たとえその生命が単に生きているにすぎないとしても、である。それに対して、この旧来の民間医療の体系では、生命の維持延長はもちろん願うところではあるが、必ずしもそれを至上命令とはしていない。つまり、総合的な人間生活を営む上での、可能な限りでの生命の維持延長である。何ものを犠牲にし

でも単なる生命の維持延長を望むわけではない。たとえば単なる植物人間として活動も意志表示もできない存在となることは、むしろ不幸であるとするのがこの立場である。そのあらわれが、老人となった者が行う「ポックリ寺詣り」であって、健康なうちは活動し得るが命が尽きる時には枯木が倒れるようにポックリと死んで、他の者に迷惑や苦勞をかけたくないというのが、そうした呼び名で知られる仏寺への祈願となる。すなわち、こちらには社会的な位置づけという考えが自己の生命よりも優先しているとみなされる。他の人びとに大きな負担をかけながら生命を延長することは、価値として高いものとは考えないのである。さきにあげた民間医療の類型としては祈願に属するが、この場合に病氣平癒とならんで遅かれ早かれ到来する死に対しては、むしろ安穩かつ卒然たる死が望まれる。この点に生命維持のみを目標とする近代西欧医学（これからは『医学』と略称する）とのちがいが露呈する。

かような差異の基本にある思想は、その人生観の差異によるとあってよからう。すなわち、在来の民間医療体系の中での死の位置づけの中では、死は1つの人生の段落ではあっても、それで万事終って永遠の眠りにつくというものではない。だから哀しみはあっても将来再びこの世に生をうけて新しい人生を営むことになる。したがって、この世の今の生命に極度に執着することにはならない。これが東洋的な輪廻転生の人生観といえよう。

ところが、『医学』における生命観では、現在の生命こそ唯一絶対であって、これを失えば再びとりかえすことはできないと見る。だからこそ、現在の生命を、いや生命のみをいかなる犠牲をはらっても維持しようとする。表向きは靈魂は不滅であるとか人格の尊厳を口にしても、実際としては生命のみを維持できれば、その他のすべては無視してゆこうとするのが事実ではあるまいか。患者の苦痛や要望、あるいは意識の消滅をも顧みずひたすら生命そのもの（実は生命もしくは存在とは何をさして言うのが問題なのだ）を、数分でも数秒でも存在させつづけることが目的といっても過言ではない。

たとえば、近年「脳死」をもって生命の消滅と判定しようという考えが論議的となっているが、それでは逆に脳さえ生きていればその他の機関はすべて停止しても、人は生きていといえるのであろうか。極端な話のようだが、現代科学の技術をもってすれば、人体から脳だけをとり出して機械を駆使してこれに血液その他を補給し、その活動を継続させてゆくことは不可能とはいえない。内臓移植によって脳死の人の臓器を生きている人のために提供するのと同じく、1人の完全な人体の内臓を他人に提供したあと、残りの脳の方も代替活動をする機械を使って生かしておくことも不可能ではなかろう。そのような試みはしかし耳にすることはない。おそらく、脳だけを取り出して生かしておくことが、そのようにして生命を維持されている人自身にとって全く価値がないと考えられるからではなかろうか。何故ならば、その人にとっては単に意識のみが存在するだけで「自己」は存在しないこと、あたかも魂だけがその辺をうろついているに等しいからではなかろうか。実体のない人生は空しいと感ずる人が多いのである。そうだとすれば、無意識の人生、呼吸し、排泄するだけの生命というものも、完全な生命というには程遠い。そんなものを、骨を折り高価な代金を支払ってまで維持する必要はないと考える人は少ないとは思われないのである。もし欧米の一

般民衆もそう考える場合には、近代医学体系の到達目標は、医学者自身だけの独善ということにはならないであろうか。

所詮、いかに長命であろうとも生物は必ず死ぬ。単に遅いか早いかの違いである。そればかりでなく、僅かに数十年の平均寿命の延びが社会そのものに与えた影響は、老人性痴呆症の多発ばかりでなく、重大な、しかも未解決の課題をわれわれにさしつけている。われわれ自身にとっても、先祖代々数百人の老人たちがわれわれの周りに群がって、子孫に対して陰に陽に圧力を及ぼしているとしたら、この世はどのような有様になるであろうか。考えるだけでも憂うつになるだろう。やはり生命は社会と共に併存すべきものであって、生命尊重だけが独走すべきであるとは思われない。要するに、このような意味での民間医療の体系の基底にあるのは、人生を充実した形で家族・地域社会その他の仲間と共に、意義ある内容を送ることができれば足りるという人生観である。したがって、病気でも苦痛や行動困難を伴わず、他人に不快や迷惑の観念を起させなければ、生命のみの延長にさほど執着しないのが一般的な考えかたといってよい。そして、生命の延長に伴伴する具体的内容条件がある。それは成人に達したら結婚して子女をもうけ、その子どもたちが成人し、独立し、子どもを育てゆく過程で安楽な生活を営んでいるのを見とどけるだけの寿命が望ましい。それ以上に生きのびて病苦におかされたり、子孫や周囲の人びとに迷惑をかけることは、病気に劣らぬ精神的苦痛を感じる。このようなことも、凡常の民衆にとっては病気になっているのと同様なことなのであって、「生きすぎた」悲哀を味わうことなのである。

このことを証明する民俗的事実はいくつかあげることができる。結婚することを「世をもつ」といって、ヨをもたずに死んだ子が再生してくるよう、種々の呪法が行われるのがそれである。七歳前に死亡した子供に口にいわしの干物をくわえさせたり、棺の中に生魚を納めて埋葬する、そのような幼少年の死者はワラベバカという子供専用の墓に葬り、墓碑を立て僧侶に読経してもらうなど通常の一般死者（ヨをもった人）とは別個の簡単な葬法に止めるなどがそれである⁽⁷⁾。山形県の山寺立石寺、青森県津軽半島の川倉地藏堂、下北半島の恐山賽の河原など死者の霊が行く場所では、この種の未成年の死者に対して、死後ある年齢に達したと考えると死者の性別に応じて、結婚相手となるような人形の姿を製し、また絵葉書などを供えてヨをもたせようとする供養をする親が絶えないのも、かような念願をもつ親が少くないことを示す。それを迷信であるとか愚劣な行為と批判することはできるが、それによってこの人びとを安心の境地に導くことはできないのである。

このあたりで話を主題に戻すこととする。もともと民間医療体系を成立させているのは、上にみてきたように日本民族が育てて来た民俗文化によるものであり、したがってその根底には民族としての思考が働いていて、それが西欧の民族文化の一端として発達してきた医療体系と一致しえない部分をもつのは当然といえはいるのである。したがって、それが主として対症療法的な手段をとるのは、日本人の民間信仰が現世利益を願うことを主とするのと、根原において相通ずるものがある⁽⁸⁾。それはいま生を享けている期間を充実させ、最高の価値あるものとしようとするところから帰結される。キリスト教の教えのように永遠の未来に生きるために現世の享楽を敵視するストイシズムからみれば、低級軽薄とうつつるかもしれないが、それは文化としてみれば止むを得ないことで

ある。『民間療法』(1979)の「民間療法」の項に記されている。

いずれにしても、民間医療のソフトの部分には良かれ悪しかれ日本民族の死生観・人生観が反映している。そして、病気そのものの治療というハードの部分では、さきに記したように呪術的もしくは祈願的な面が強い。この点では近代医学の科学性に対していちじるしく非科学的といつてよい。たとえば類感呪術的事例として疱瘡の療法とされたものをあげることができる。この病気では発症すると全身に発赤して紅斑、紅疹を生ずる。それが赤いことに特徴があるため、病人に赤い衣類を着用させて、この人が既にその病気を経過していることを示し、疱瘡を流行させる神霊をして既に発病→軽快の過程にあると誤認させようとする。この例にみるように、病気の原因を精霊、疫神という眼にみえないものに帰し、その脅威・監視から免れようというのが呪術である。したがって、病因を誤認しているからその療法の大半は効果がなく、場合によっては病気の増悪を来し、または他人に対する伝染の機会を助けることにもなった。たとえば前述の疱瘡の場合に疱瘡神を追払うと称し、多数が集って踊をおどるとか太鼓を打鳴し行列を作って練りあるくといったさわぎがくりあげられた。これは病人を疲労させ、多数の老幼男女が密集することで伝染の機会を増したといえるであろう。

かような次第であるから、民間療法ひいて民間医療全般については、これまでの研究からは主としてマイナス面のみがとりあげられたし、そのような研究内容そのものもまた低い評価しかうけられなかった。しかしながら、実は近代までの民衆のもっていたかような分野の状況の中で、民衆にとっては病気の大半が精霊もしくは神聖なものの襲撃によるという認識があったこと、その認識に発したものとして、たとえば多数の祈願力、精神力等を結集する千人祈願、百度参り、千羽鶴などの儀礼的祈願の形が発達したことをうかがうことができるのである。戦争の弾丸除けとして行われた千人針もこの延長上にある⁽⁹⁾。

そればかりではない。その発達過程からは病気自体が民衆の文化にとって神聖なものとして理解され、その社会生活にとって必要な因子として働いていたこともわかって来た⁽¹⁰⁾。さらにそればかりではなく、現代の進歩した時代に民衆の間に漢方薬をはじめとして在米の民間医療の一部である鍼・灸・指圧などの治療法が人気を集めている。要するに学理上は満足な説明が得られなくても、効果さえあれば現世利益として人びとはそれを欲び迎えるのである。民間医療の1つの特徴は、かようにして効果さえあれば近代医学体系の成果をも遠慮なくとり入れるにやぶさかでない。西欧からの医学体系が民間医療の成果をなかなか採用しないのとは大きな相違点である。

もし、かような民間医療体系の性格があるにもかかわらず、人びとが近代医学体系の方法を採用せず、依然として民間医療にたよっている場合があるとすれば、それは近代医学体系それ自体に疑念があるのではない。そのような医学を駆使適用している医師に対する疑念があるからと考えてよい。俗にも「健康な医者には病人の苦痛はわからない」というように、医師の患者に対する態度に不信感があるといつてよい。もし、そうでないとすれば、経済的な面で医療費の負担に自己の支払能力が堪えられるかという不安、もしくは医療制度にともなう法的な諸手続きについての不安や繁雑さ、さらにはその病気の性質にかかわる社会的評価が、患者の人格を低下させることによって、

患者や家族の将来を不安にさせるなど、疾病に直接、間接にかかわる社会的諸価値が考慮されている場合なのである。つまりは、民間医療の体系が単なる病気の治療手段に止まらず、多面的かつ総合的に社会とかかわっているという理由による。

3. Medical geography の概念

上に述べたような、社会の中に位置づけられた配慮というものは、分析的かつ実験室（病院も社会から隔てられている点で実験室的である）的な現代医療の体系には極めて僅かしか含まれていない。昔の日本社会では、多少の例外はあっても「医は仁術」といわれ、医師は人助けを職とするものという観念がみられた。それは当時の医療体系が民間医療のそれとさほど大きくいちがいを持たなかった結果であり、生命維持に対して医術の能力に限度のあることは、医師も患者も暗黙のうちに認めていた。それよりも、社会の中に患者の人生を位置づけて配慮することの方が、相対的に重視されたのである。社会が組織化され、医療制度が完備するに伴って、社会関係についての分野は医学体系から脱落し、医学は生命維持と疾病治療のみに専心する体制をとるようになったのである。したがって、近代医学はこの面で大きく躍進しえたけれども、他面で人間関係への考慮はおろそかにならざるを得なかったといえよう。ここに民間医療が不完全なシステムでありながらも全くは消滅してしまわない一因が潜んでいる。

たとえば、狂人と呼ばれる人に対して社会がどのような態度をとっているかが考えられる。精神医学史の示すところは、日本ではその治療に対して凶暴性のない限り、神仏に祈禱したり、巫者が問答して治療を試みる方式、あるいは物理的療法として静寂な山間で静座、断食、さらには冷たい滝の水にうたれるといった手段が講じられた。そして、それなりの治病効果を収めていたようである。これらはある意味で彼等患者を社会の中において、気長く回復の機会を待つものであった。それは、脳の生理的異常のかなりの部分が、社会現象・対人関係に伴って発現しあるいは消去されてゆくことを考えると、ある程度の有効性を期待しうるかと思われる。現代の医学の中でも精神医学分野では、かような社会的、対人的な条件が精神的変動と深くかかわっていることを考慮し、社会的隔離のみによる治療を進めてはいない⁽¹¹⁾。逆にいうと、そのことが精神医学を医学体系の中でおくれた分野のように思わせている1因となっているのではなからうか。

上記のような近代医学体系のうちで、すなわち社会を主とする人間関係とできるだけ絶縁した形で、実験室内における純粋性をめざし、生理学的条件のみを考慮におく医療体系からみると、異端として位置づけられるのが疫学という分野である。この分野は病気あるいは患者を自然的もしくは社会的な「環境」の中に位置づけて研究しようという試みである。それは近代医学の志向する、諸々の複雑な条件をきりはなそうという方向に逆行するものだからである。

本題に述べる Medical Geography とは、研究方法においてこの疫学とよく似ている。異なるところはその目的であるといつてよい。即ち、両者は共に資料を地図の上に位置づけて、その存在する「地域」とのかかわりから病気あるいは患者を考察する。もしくは、地域別に患者数や発生比率を表化して、その差異を地域を構成する要因と関係づけてみるという手法をとる⁽¹²⁾。かように研

究手段は極めて類似するが、目的は異なる。医学地理学では自然的あるいは社会的な地域構成の諸因子と、その地域内に存在する病気やそれに対する医療サービス（医師、病院その他の医療・保健機構）を考察することによって、「地域」そのものの構造や性質を明かにしようとする。ここに医学地理学の目的がある。

これに対して疫学では医学の1分野として、地域のもつ諸因子が病気の発生・伝播・消滅などどのようにかわるか、すなわち、病気もしくは患者の性質についての知識を豊富にし、その治療に役立てるのが目的である。これは医学がどこまでも生物学的・自然的な存在として疾病あるいは患者をみようとする視角をとるのに対し、地理学は病気あるいは人間を社会的もしくは文化的存在としてとらえようとする立場に立つ相違のあらわれといってもよい。

しかしながら、医学地理学は近代医学の方法と異るとはいえ、そこで中心的地域現象としてとりあげるものは疾病もしくは医療というものである。これらはやはり医学における病気モデルあるいは医学的医療行為であって、自然科学的知識を必要とすることが大きい。したがって、医学地理学の研究を行うためには、研究者自身がかなり現代医学の知識にも通暁している必要がある。これは一般の地理学者にとってはかなりの負担となる。さらに、医学研究者は特別な教育を受け、社会的にも特権をうけており、閉鎖的な組織内での取材を認められている点で、必要な研究材料の調査取得が可能であるが、地理学者にはその種の便宜がない。これらの点で、従来の病気や治療面の医学地理学的研究を進める上では限界がある。おそらくその結果として、日本ではこれまで医学地理学の研究者は極めて稀であった。一方で前記のように医学界における疫学研究も、方法論的に異端であるとみなされて、かなり冷遇されてきたように思われる。そのような意味で、両分野の研究者の協力も充分考えてよいことではあるが、いま述べた両者の研究目的が異なることから、協同研究にもやはり限界のあることは免れまい。

本稿は医学地理学の側からの研究の例示であるから、話題はその方面に限ってゆきたい。これまで医学地理学分野で主として研究されてきた内容には、どのようなテーマが多いであろうか。まず、世界的にみて多くの研究者が行っている問題は、病気に罹っている人の地域総人口あるいは罹患可能人口に対する百分率、およびそれらの病気で死亡した人の標準化死亡率について、その分布を調査し有意な地域差を明かにすること、並びにその地域差の説明を試みることであった。これに対して、ことにそれらの地域差にかかわると考える地域的な保健・衛生機構の状態のちがいが、重要なテーマとなってきた。それはかような社会的施設や組織の配置関係が地域的に異なることが、病気の発生・治療・死亡などの多少と関連があることが、当然予想されることだからである。しかし、この面についての研究は、日本においても必ずしも充分進んでいるわけではない。同じような意義を病気については有っていると考えられる生活習慣、たとえば食物の種類、調理法、食事のしかたならびにその他の生活上の慣習も、ことに飲酒や喫煙、喫茶などを考えると、健康との関連は保健・衛生施設と同等もしくはそれ以上の重要性があると推察される。これらの地域差は医学地理学の重点テーマであるが、まだほとんど着手されていない研究といえる。

日本の医学地理学的研究も、ほぼこのような世界の傾向に類するものといえよう。すなわち、病

気、ことにその死亡率の分布と年次ならびに季節的変動についての研究が主である。それらの資料は主として官庁統計にもとづくために、個々の原票から集計したものではない。それらが利用できれば、より精確な調査が可能となろうが、これは医学者のみに許されることで、一般の地理学研究者には閲覧が困難である。したがって、この種の分布現象の研究では、せいぜい市町村段階までの分析が限度であって、行政区域にかかわらない地域的検討にまでは及び得ないのである。

かように地理学者にとってもっとも得意とする分布的研究にとっても、この分野での研究には障害が横たわっている。他の問題についても、それぞれ困難のあることはいうまでもない。それらの支障を打開するための方法の一部を考えてみようというのが、著者がこの稿を思いついた理由であり、以下それについて具体的に論じたい。したがって、ここで日本の地理学界における医学地理学の業績を批判したり、その将来を展望することは差控えて、榎山政子らの論考⁽¹³⁾にゆずることとしよう。

4. 医学的研究と地理学的研究

いうまでもなく、地理学的研究で取扱うべき医学的現象もしくは病理学的事象は多い。それらは近代医学体系において認識されたものであっても、在来の民間医療体系に関連したものであっても、差異はないはずである。これまでの日本の医学地理学の主要な関心は人体の健康に及ぼす主として外因性の地域条件、ことに自然的因子としての気象・気候因子などがとりあげられてきた。これら外因的な因子の作用は地理学が古くからとりあげて、人間生活に対して環境をなすとみなして来たものだからであろう。それが近年にはややひろく自然的因子として水や大気の化学的成分および土壌などの生物的諸作用がとりあげられはじめている。しかし、これらもまた人間に対しては外から作用するものである。

それに対して、一方では人間そのものの活動が社会的環境として個々の成員に与える影響が問題になりはじめている。ことに1960年代からの高度成長時に大気汚染や水質汚濁のような自然因子が健康に及ぼす作用と共に、都市に人間が集中して種々の社会病理現象が発生しつつあることが明らかになってきた。交通事故、麻薬・覚醒剤などの乱用、精神障害などが個々の成員の健康をむしろみつつあることがそれである。しかしながら、これらの研究は必ずしも医学地理学的研究としてでなく、広義の経済地理学、都市地理学などの研究として処理される傾向にある。

これらの概観によっても、前述した住民の生活慣習、民間信仰あるいは宗教的生活行動などは、近代医学体系とはほとんど無縁のものとして、研究者の考慮の外におかれているといっても過言ではないであろう。したがって、それらが仮に病気、健康、衛生などにかかわると予想されても、医学の研究者から明確にそれらと病気との関係が指摘されない限りは、これまで調査・探究の手がさしのべられたことがないといってもよいのではなかろうか。

いうまでもなく、この種の調査もただやみくもに関係を手探りするのには、労多くして効少ない方法であるから、ある仮説を立てるに足る根拠がなくては研究にとりかかるわけにはゆくまい。しかしながら、近ごろは因子分析法のような、機械を駆使して比較的容易に関連が深いとみられる因子を

求めることが可能になってきた。したがって、ある程度の見当をつけて分析にかけることによって、関連性の深い因子を求めることが可能となっている。

しかしながら、そのような因子が具体的にどのように作用して、病気の発症をみるのかについての実態については、地域の住民生活の実際がどのようなになっているのかを、調査を通じて明かにしなくてはならない。ところが、それまでを医学の側で調査することは困難であり、地理学者の活動が必要となるにもかかわらず、その点が地理学者の側でも不十分であるのが現状である。

一例として、新進の学徒加賀美雅弘の報告にかかる「山形県における脳卒中死亡の地理学的分析」をとりあげてみよう⁽¹⁴⁾。この研究では、まず直接的な脳卒中要因の1つである気温（冬季気温）と、脳卒中死亡率の関係を回帰分析によって検討した。この際の有意な要因としては冬季平均気温が抽出され、これのみで全変動の44.7%すなわち約半分の要因となっているという。この際の気温の低下はとくに新庄盆地において晴天が多く放射冷却が強い上に、木造住宅で室内暖房が不完全なことが居住者に強い影響を与えるという。その他の要因については具体的に明確なものがあるようにはみえないのである。ことに盆地の周辺部にある町村では、死亡率を高める要因が存在するらしいというが、これについては交通状況・医療施設・衛生知識の普及などの状況を勘案するならば、かなりの具体的な姿がこの冬季の低温時にかかわって要因として見出されるのではなかろうか。それらは主として冬季の実態調査によるべきであり、地理学の分野に属するものである。

さらに社会経済的要因として残差の重回帰分析を行った結果、医師1人当り人口の多いこと、すなわち医師が少ない、さきの表現でいうと衛生施設の乏しい地域が死亡率の高さに関係している。ところが、その次に重要な因子となるのは水田の比率が高い地域であった。水田が耕地面積の大部分を占めることが、どのようなメカニズムで脳卒中死亡率を高めるのであろうか。水田における労働は冬季にはほとんど行われないうが、休養することが脳卒中の死亡率を高める因子となるのであろうか。冬期間に水田作業がないため出稼ぎを行うとすれば、その時期は低温を避けることになって、かえって死亡率は低下するはずである。かような点でいくつかの仮説を立てて、具体的な生活実態を明かにすることは、やはり地理学者の仕事といってよいであろう。ところが、この研究ではそれは全く行われていない。結論として、脳卒中死亡率を高める社会経済的要因を含む地域は、「水稻栽培を主体とする農林業が基幹産業をなし、冬期に出稼ぎに出る農家が多く、医療サービスをはじめとする都市的生活環境が十分整備されていない」という傾向があるというに止まった。どうして水稻栽培がそのような疾病を強化させることになるのか、また、出稼ぎは前記事情のほかに男女の差異があるはずだが、その点はどのように死亡率に作用しているのか、等々の問題については全くふれていない結果に止まっている。この点で表題は「地理学的分析」を掲げながら、本論文は事実として統計的分析にとどまっているといつてよく、地理学徒の立場としてはより一層の野外の実態調査が行われることが望ましい。

このように記す一つの理由は、医学者の側にはつぎのような事情が伏在しているとみられるからである。すなわち、近代医学の面からみて、ある土地における病気の存在もしくは不存在を判定するのは、その土地にいる医師あるいは衛生施設に、患者が受診するという行動があつてはじめて可

能な場合が大部分を占める。実際にはそれら施設からの報告を集計した結果によって、はじめて判定されることが多く、強制検診によって住民全員が受診するということは、悪性の急性伝染病の流行時でなければ、まず起り得ないといえよう。既往の患者個々の資料の蒐集・閲覧・調査などについての便宜は、これら衛生・保健の施設が利用できる点で、専門の医学者は有利に活動でき、地理学者の及ぶところではない。いまの事例でも、統計の分析までは医学者にとっても技術的には全く同等に行いうるところで、特に地理学的研究と銘打つ理由はないのである。しかしながら、住民の家庭を訪問して日常生活についての面接を行い、それらと地域の景観・労働・交通などの条件、さらには地域的な教育・知識・日常行動などと健康管理のありかたなどのかかわりを明かにする作業は、野外調査のあり方を心得た地理学者でなければ充分には行い得ないと思われる。この点で、統計面における水田率の高いという現れが、生活の実態としてどのようなものであるかを示さなくては、地理学的分析とはいえない。

このような、両科学の特性からみて明かなことは、一たび受診して病像から病名が導かれてからの研究は、主として医学分野における調査研究が主流を占めることとなるのが、近代医学体系として当然の過程であろう。しかしながら、住民が受診するまでには民間医療的な考慮が強く働いている。すなわち、病気もしくは健康に異常を感じて不安もしくは苦痛を感じない限り、一般に人びとは受診行動に出ようとはしない。また、重症と感じて受診しようとする場合にも、相手となる医師もしくは病院の選定には、単なる距離以外に経費、医師その他に対する信頼度などの社会的評価が大きな要因となる。病気によっては占者に依頼して医師や病院についての判定をさせることすらある。すなわち、論理的には近代医学において病気もしくは患者が見出される前に、民間医療体系がこれを規制するといってもよい。それは具体的にいえば医師や病院の技術・設備・患者に接する態度等々である。たとえば大学医学部の付属病院は、一般に医師の技術からみても治療の設備からみても、他の病院より良好である。それにもかかわらず受診者の一部にきかれる不満は、皮膚科、性病科など患者自身が劣等感をもつ者を教材として、学生の実習が指導されている場合に、患者の住所氏名、年齢などに加えて日常行動と病歴・病状などの関係を学生に説明する。その声が患者自身にも明瞭で、穴にも入りたい恥かしさを覚えるために、不快と感ずる者が少なくないという。患者の耳に入らねばさほどでもないが、劣等感に悩む者にとっては大きな侮辱を受けたように感ずるのである。したがって、そのような場所での受診を嫌って、小さい病院・医院に向う場合もある。あるいは全く受診しない場合もあるので、癌のように現状では将来治療のみこみの乏しい病気も、あまりに診断が適中することをかえっておそれ、著名な施設で受診するのを避けることすらある。

患者も一個の人格であるので、純粹の医学上の見地からのみ行動することには、かような民俗社会的考慮も必要である。これらはひろくアジアの人びとにとっても同様な配慮であって、患者を全裸またはこれに近く、不必要にまで裸体として診察したり治療する病院、医師も嫌われる。ヨーロッパやアメリカでは裸になることにさほどの抵抗がないようであるが、アジアでは概して避けられる行為といえる。また、その症状や発病経過、予後などを患者に説明する際に、他人が詳しく内容を知り得るほど大声で聞こえよがしに言う医師も、患者や付添いからみればプライバシーを侵され

たと感じやすい。これらは地域社会の中に位置づけられている個人という、日本の民俗慣習を考慮していない点で、民間医療体系とは相いれないものといえる。受診とはかように近代医学体系と民間医療体系という2つのシステムの交錯の結果なのである。このような意味で、患者あるいは受診者の心理面、習俗面での地域的差異がどのようにして形成されるか、という受診以前の段階については、これからの医学地理学が近代医学と民俗医学との接点として取り組むべき問題の一つである。何故ならば、そのような日常生活の形態と社会的経済的機能とは、地理学者にとって適切な対象である反面で、医学者にとって直接の興味も少く、かつ取扱いにくい内容だからである。このような研究が地理学者の関心をひかなかった1因は、民間医療の内容が迷信に近い呪術や祈禱を中心として、ほとんど科学的研究からは無意味に近いとみなされたからではなかろうか。

しかしながら、この種の行為が実態としての地域の生活とどのようにかかわって来たかを、その土地との関係について、また、それぞれの時代とかかわらせることによって、それらがどのように住民にとっての意義づけをされるものであったかを明かにすることができる。たとえば、モノモライ（麦粒腫）の呼称と治療法を通じて民俗学者柳田国男が試みた研究はその1つであった⁽¹⁵⁾。かような研究を行うことによって、われわれは日本人の病気についての認識がどのようにして形づくられてきたか、またそれにかかわったそれぞれの地域的要因がどのようなものであったかを知ることができる。以下に紹介し分析する民俗学徒佐久間惇一の研究⁽¹⁶⁾も、そのような1つであって、論者はこれらを医学地理学的に検討することによって、民間医療体系における住民行動の調査分析が、今後の医学地理学の一分野たり得ることを例示したいと考えるのである。

5. 民間医療の Medical geography による考察の1事例（その1）

佐々学は、「日本の風土病」において、風土病とは自然のあたえる特異な環境と、人間社会における風俗習慣とが織りなす複雑なつながりのなかに派生した、地方的に限局された特殊な疾患を意味する、と規定した⁽¹⁷⁾。実は、近年の疾病の発生そのものの研究を垣間見る限り、いわゆる風土病以外にも、病気の原因となる因子そのものを身体内部に包蔵しながら、その発症に至らないさまざまな病気の存在が知られるようになり、佐々のいう自然と風習との複雑なつながりが、必ずしも、地方的のみに限局されない場合もあるのではないかと、という見方もできるのではなかろうかと思われる⁽¹⁸⁾。しかしながら、ここではその論議は後にまわして、これまで一般に日本の風土病の代表的なものとされてきた、東北日本の日本海斜面に特有と称される＜恙虫病＞について、従来の多くの疫学的研究とは別個の民間医療分野からの資料を用いて、多少の医学地理学的見地からの研究法ならびに新しい観点を提示して参考に供したいと考える。

資料としたのは、新潟県新発田市在住の民俗研究者佐久間惇一および長岡市の鈴木昭英の報告⁽¹⁹⁾である。

恙虫（ツツガムシ）は一般的な名称であるが、住民の呼び方は秋田・山形両県ではケダニ、新潟県阿賀野川下流でツツガノムシ、信濃川下流の長岡市周辺部でシマムシ、上流の魚野川流域ではアカムシと地区ごとに異なる名で呼ばれている。このことは、各地それぞれにこの病気が虫によるもの

であることを認識していたことを示すといえよう。また、アカムシの名は長岡附近にもあるが、これはアカツツガムシを指すものではなく、フトゲツツガムシに対する地方的呼称である。

それぞれの地域ごとに呼び方が異なることは、また、それぞれの地域住民がこの虫やその起す病気について、多少異った認識をもっていたらしいことを考えさせる。すなわち、この病気にかからぬように神仏に祈願することは共通しているけれども、その対象となる神仏はたとえば新潟県の場合、阿賀野川下流部では地蔵であって、この力によって虫害を圧伏しようという考え方から、ムシヨケ地蔵の名をもつものが多い。それに対して信濃川下流部では、シマガミサマもしくはシمامシサマの名で、シマつまり川の中洲にいる虫そのものを崇めてその怒りをなだめようとするもののように思われる。

さらに、それぞれの地域でみてゆくと、そのまつられている位置には注目すべきものがある。すなわち、堤外地ことに水際に近い岸边に存在するものと、村から堤外地に立入る道路や堤防の縁にあるものとがある。さらに鎮守社あるいは集落のはずれなどに祀られているものが認められる。後者は数において現在では前者にまさるかと思われるが、その由来を調査してみるとそのほとんどは、近年の河川・堤防の改修に伴って前者の位置にまつられていたものを移転したことがわかる。すなわち、この種の祭祀対象物は本来その流行地区内に立入る境界部分におかれていたとみてよい。さらに、河道の水際に近くまつられているものについてみると、大部分は対岸から水を渡って来て流行地に立入る部位に設けられたものであって、渡船の船頭あるいは河道変更前の所属地の住民が草刈や耕作のため河を渡って、流行地内に立入る入口に位置していた。すなわち、これらの神仏の祭祀位置は住民らが恙虫流行地の境界に立てた危険地標示のしるしであって、文字によらない

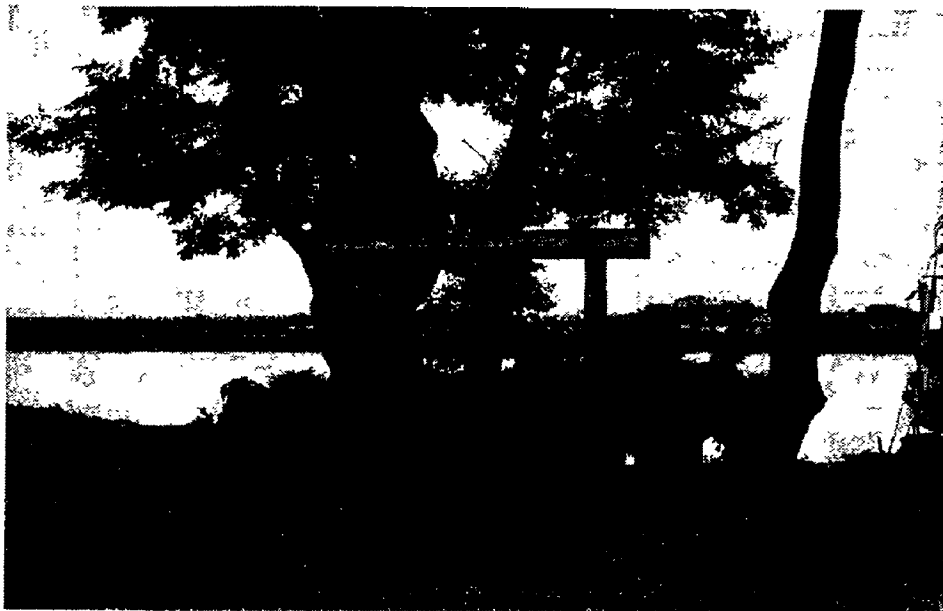


写真1 長岡市蔵王町堤外水際にあるシمامシガミサマの祠。この地方でもっとも古いとされる。もと対岸から渡って来て耕作したので水際約5mの崖上に建つ。水位は旧時に比し約3~4m低下している。

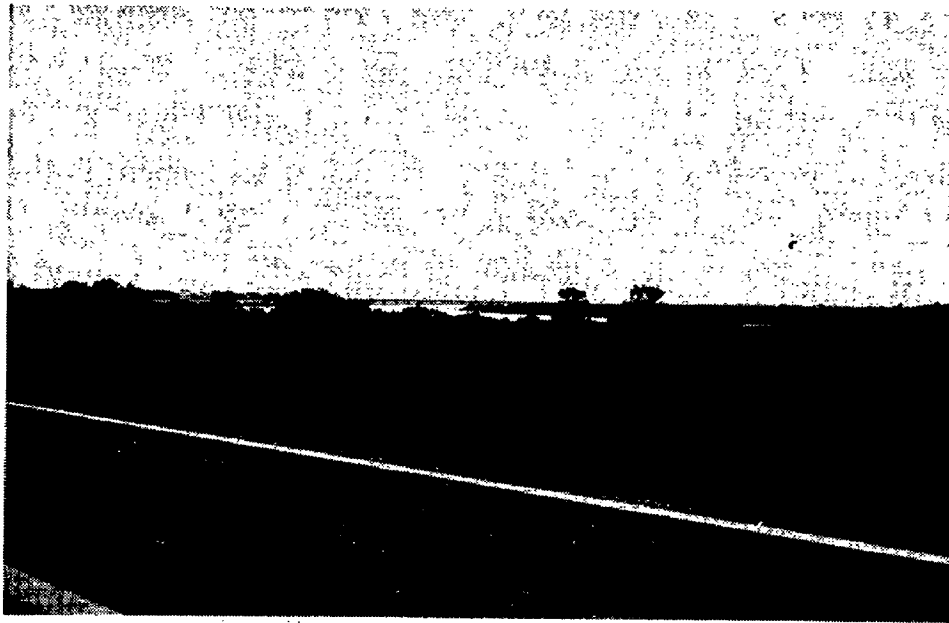


写真2 横越村小杉附近の阿賀野川堤外未墾地の景観。樹林と灌木・草地が混じた湿地である。

注意標識の意味をもっていたわけである⁽²⁰⁾。

もともと、民俗学的な社寺堂塔の意味は、その建立されている場所の附近が俗界と異なる霊地もしくは一般人の日常の立入りをつつしむべき区域の標示であった。したがって、上記のような恙虫病流行地の神仏の建立場所は、医学地理学的にみれば住民の危険地区認識の表現であって、決して迷信として排除すべき存在とはいえないのである。したがって、この位置は正確に記録図示しておくなくてはならない。

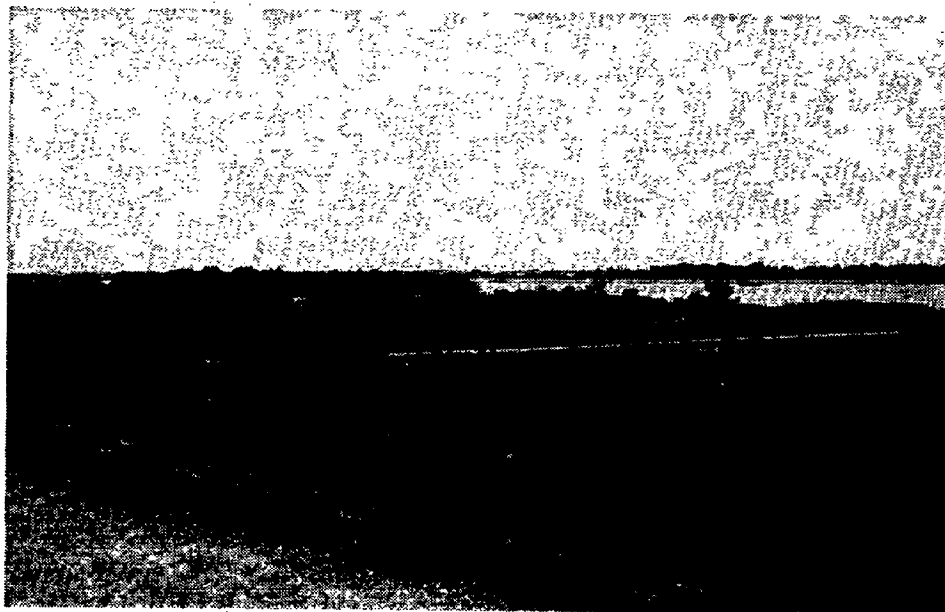


写真3 横越村沢海附近の阿賀野川堤外開墾地の景観、水田・畑地が混じている。

つぎに、これら恙虫よけの神仏の祭儀が、いつ行われるかをみると、つぎに記すような特色が認められる。すなわち、現在の時点ではこの病気の発病者が減じたために、祭儀が廃されたものや期日の変更されたものが少ない。しかしながら、過去にこの病気が多かった時代には、祭日は多くアカツガムシの発生初期である初夏、もしくはそのやや前の農耕開始時である

表1 恙虫をまつる祭の時期

	農耕開始期	初夏	秋	祭なし	合計
信中濃流川部	13	8	4	4	29
阿下賀野流川部	3	7	1	29	40
計	16	15	5	33	69

る4月上旬から6月中旬に集中していた。その主体として準備、執行にあたったのは堤外の有毒地と呼ばれる恙虫発生地区に出入する住民たちで、同じ集落に居住しても堤外地利用に関係のない人びとはこれに参加しない例が一般的といえる。(第1表)

上記の事実から知られるのは、季節的に病気にかかりやすい時期となったことを、人びとが強く意識してそれに留意しなくてはならぬことを自戒する目的が、祭を催すことの意味であることを示す。それに加えて、この有病地に生活がかかっている仲間が、共同の祈願をすることにより個人祈願よりも防禦効果が大きくなることを期待していることも考えられる。これは夙に柳田が指摘した⁽²¹⁾。

これらを司祭する者は神官や僧侶の場合もあるが、一般的には修験または法印と呼ばれる祈禱者である。これは神仏祭祀当時の民間医療が、恙虫病に対しては主として祈禱によっていたことのあるとみられる。そして、彼等の行為としては単なる祈禱のみの場合と、これに併せて稲作の場合に行う出送りの儀礼を執行するものがある。また、この祈禱に加えて有毒地境に幣束を製して立てたり、そこに通ずる道路を横切って注連縄を張るなどの形で、住民の居住する俗界から害虫の棲息する他界とを分離する象徴的行動を実行する。この稲虫送りの形式をとる村落では、別に稲虫を送る行事を行わないが、恙虫の被害をうけないムラでは稲虫送りを行うし、それは全国的な行事とほとんど同じ形式である。すなわち、恙虫送りは形式としては稲虫送りの転用であり、習俗として稲虫送りよりも後に発生したものと認めてよからう。このことは、後述する恙虫病の多発時代の時期を決定する上での1資料となる。

秋田県雄物川沿岸の恙虫病発生地では、一般に旧暦6月24日すなわち地藏盆の日に、虫除けの祈禱札を作り川に流す行事があった。これは当地方に古くから行われた疫病除けのカシマニソギョウを送る行事と結びついている。この行事もその起源は古いから⁽²²⁾、これをまねぶ虫送りの祈禱札を流すのみ儀礼もまた、それを模したより新しい発生とみてよいであろう。

これまでの研究では、ツツガという言葉が古代の記録にみえることから、恙虫病も古代から存在して多くの人びとを悩ましたであろうと、大半の人が考えていたらしいと思われる⁽²³⁾。旅行から無事に帰宅した場合など、「恙なく帰った」などという表現は現代でも使われる言葉だから、「昔は橋もなく、治水工事が今のように進んでもいなかったの、川ぞいの有毒地もずっと広く、旅人はずいぶんこの病気にかかったことと思う。」と佐々も記しているが⁽²⁴⁾、果してそうであったらうか。

もし、そのように旅行者も住民も屢々この害にかかったとすれば、古代・中世の記録に1つくらいはこれについての記事があってもよさそうに思われる。ところが、事実としてはかなり文献が豊富になった近世でも、恙虫の記載が文字の上でそれらしい形で出てくるのは、18世紀以後に限られるといってもよい。このことをどのように理解したらよいであろうか。

「広辞苑」ではツツガを病気などの災難とし、次いで恙虫ツツガムシの略としている。別の項目に「万葉集」その他にツツミの語があって、故障、用心、さしつかえなどツツガと類似の語義があることを示しているのに注意してよいと思う。新潟市附近の住民のみがこれを「ツツガノムシ」とわざとノを加えて呼んでいるほかは、この病気の流行地の住民の呼称としては、どこにもツツガムシという語は行われていない。故障・災難を意味するツツガもしくはツツミを発生させる虫だからこそ、ツツガノムシなのではなかろうか。もしそれならば、なぜツツミノムシとは呼ばないのか、という疑問に対しては、ツツミという言葉はこの沖積平野では堤防もしくは溜池とまぎれやすいから、あまり用いられなかったであろうと答えてよいかと思う。いずれにしても、ツツガムシとノを入れない呼称は、この病気の流行地の住民の用語ではなく、第三者つまり知識人や医師の造語とみなしてよいであろう。そして、このツツガという言葉が住民に慣れて用語として一般化したのは、湊として栄え都市として近畿方面との交流もあった新潟付近に限っていたのではないかと推測できるように考えられる。

5. 民間医療の Medical geography による考察の1事例(その2)

ところで、民間においては、この病気の原因をどのように考えていたであろうか。この点を伝承を手がかりとして考えてみよう。まず、最上川では古く棲んでいた大蛇の鱗に寄生する小虫による、あるいは上流の山中にある鉱山から流出する毒水を吸収した虫にさされるためとしていた。信濃川流域では、昔怨みをのんで死んだ者、又は川で非業の死をとげた者の魂が、虫に変じて怨をはらそうとするなどと語っていた。ことに長岡市附近に伝えられているのは、犬・猫・鼠など多くの動物が死んで河原に埋まっている。それをむやみと開墾して魂をさがせるために、その気が発散してこの虫になると語る者がある。いま1つは河川の氾濫時の濁り水によってこの虫が成育するのだという考えもあって、かなり実態に迫る観察といえよう⁽²⁵⁾。実は、これらの考え方の裏には恙虫の発生地が歴史的にはしだいに下流に移動すること、それは大洪水後に河原に立入って開墾、草刈に従事した者が病害をうける事例のあることから、住民として帰納した結論のように思われる⁽²⁶⁾。同時に、そこに比較的科学的な、腐植性土壌の堆積地にこの病気の発生があるという認識も認められるのである。

実は、後述するようにツツガムシの災いは、比較的新しい時期、おそらくは近世後期に河川工事がしだいに実施されて流路の短縮や堤防の築設が進み、新たに中洲や堤外地が草刈場や耕地として開発利用されはじめた結果、そこに多くの人びとが立入りはじめたので、それまでほとんど野鼠と泥土との間に成立していたツツガムシの生態環の中に、人間が侵入した現れとうけとめてよいであろう。

いうまでもなく、それまでも河原の草地に人間が立入る機会は少なかった。ただ、その場合に注意すべきことは、日常の労働の場としてそのような土地が使用されたのではなく、そこは単に人が通過するための空間としての意味しかなかったということである。よく知られているように、ツツガムシ類はいずれも哺乳類が呼吸によって虫の周囲の CO_2 濃度を上昇させる場合、その活動を活発にして地上に現れ哺乳類の身体に吸着し吸血する⁽²⁷⁾。したがって、人間がその吸着を受ける確率は単にツツガムシの棲息地を歩行する場合にはさほど高いとはいえない。地表に顔を近づけ、または一定地点に長時間停止していることが、ツツガムシの吸着確率を著しく高める。その棲息地で腰かがめて草を刈り畑を耕すこと、さらに休息・食事などのために地上に腰をおろすことなどは、人間の周囲でのツツガムシの活動を異常に活発ならしめ、吸着確率を大きく高めることになる。ことに洪水後に新しい腐植泥土が溜った場所では、そこに棲息する幼虫が活発に活動することは推測に難くない。何万年前からツツガムシが棲息していたという事実と、近世中期以後の堤外地や中洲の農地としての利用拡大に伴って、住民がはじめてその被害を認識するようになったこととは、決して論理的に矛盾するものとはいえない。

このことは、文献上の記載とも一致する。たとえば信濃川流域でのもっとも古い恙虫病の記事は、宝暦4（1754）年の長岡藩「世臣譜」に、南蒲原郡中之島村の新田開発工事を行ったところ、中之島・中条両村民に恙虫病が大流行を来したとあるのが初出とされる⁽²⁸⁾。同じころ南魚沼郡浦佐附近8カ村でも、アカムシによる患者が発生しはじめたという。さらに阿賀野川の場合にも、以前に信濃川と合流して新潟港に注いでいたのを、松ガ崎浜に切落し日本海に直接流入させた。このため阿賀野川の水位低下によって沿岸ならびに福島潟・島見前潟などに広い野地を生じたのである。時に享保16（1721）年であった⁽²⁹⁾。これに対して流域でもっとも古い恙虫除けの社寺は、新津市満願寺の須賀神社の創立が安永年間（1772～82）といわれている。

その他、山形県最上川流域では「米沢地名選」に出てくる置賜郡鮎貝町の病河原の記事が文化5（1808）年、また秋田県では菅江真澄が記録した「雪の出羽路」に文化11（1814）年にのせられているのが初出となっている。その他、恙虫病にかからぬための社寺建立の古いものをみても、信濃川流域では白根市下八枚の清神社が文政7（1824）年、雄物川流域では秋田県湯沢市角間にあるケダニ地藏堂のまつられたのが文政年間（1818～30）とされている⁽³⁰⁾。

もしも、これらの文献はたまたま近世中期以降に残ったものであって、より古い時期にも同じように流行によるかなりの患者があったのに、それらは記録されなかったか、もしくは文献が消滅してしまったのだとしたら、どのようになるであろうか。

人の怨みや靈魂が虫に姿をかえて世に害を及ぼすという発想は、かなり古くからあった御霊信仰の系列に属し、作物の病虫害や流行病についても一般的に信じられた。しかしながら、それらの場合の多くは大量の被害が発生して誰彼の区別なく被害があるというときに限られる。恙虫病の場合には、大流行とはいえ年間に数人から数十人を上下するにすぎず、1つの集落で多くも十人前後が罹患するだけである。急性伝染病による死亡者数とは桁がちがう。古来かような少数の死亡で、しかもその症状が劇的な疾病に対しては、これを一種の神罰とし考えるのが民間医療の考えかたであ

った。狂気とか顛のようなものがそれで、前者は神の召命をうけたもの、後者は逆に神から刑罰を受けたとみなされたのである⁽³¹⁾。奄美大島ではハブに咬まれた者は人知れず悪事を働いたために神に罰せられた者として、それを他人に告げることを恥じる風があったという⁽³²⁾。もし、恙虫に刺されて重患に陥る者があった場合、その数は一地域ではかなり稀なのだから、これの被害が古代以来ずっとみられたとすれば、それら被害をうけた地域の住民の間には、偶然的な運命による疾患として神罰的な意識が多少とも存在する可能性がある。しかしながら、実際としては、これまでのところ、そのような事例は全く見出されていない。これも恙虫病が古代以来認識されていたという見方に対する反証の一端となろう。

5. 民間医療の Medical geography による考察の1事例(その3)

佐々学は、そのツツガムシ対策の最後をつぎのように結んでいる。「この病気にたいへん有効な予防対策が、人々の知らないうちに大に進んでいる。それは河川改修である。古くは米沢藩が、峡谷の岩をとりぞいて、その上流の病河原をなくしたというが、アカムシ（アカツツガムシ）はまったく洪水地帯の草原にかぎって繁殖しうる生物のようである。（中略）川のふちに堤防をつくと、その中側だけに有毒地が限定され、洪水をかぶらない田畑にはまもなくアカムシはみつからないようになる。古くはおそらく広大な面積を占めていた有毒地も、各河川に立派な堤防ができてからは、そのなか（外？）に圧縮されてしまったのである。（中略）ツツガムシ病の予防にいちばん有効な対策は、厚生省でなく建設庁（省）や農林省が無意識のうちに担当しているのである。」⁽³³⁾

マクロスコピックに、すなわち県単位の統計などによってみる限り、確かに河川改修、たとえばその面積と恙虫病患者数もしくは死亡率の減少とは、かなり密接な逆相関の関係にある。たとえ

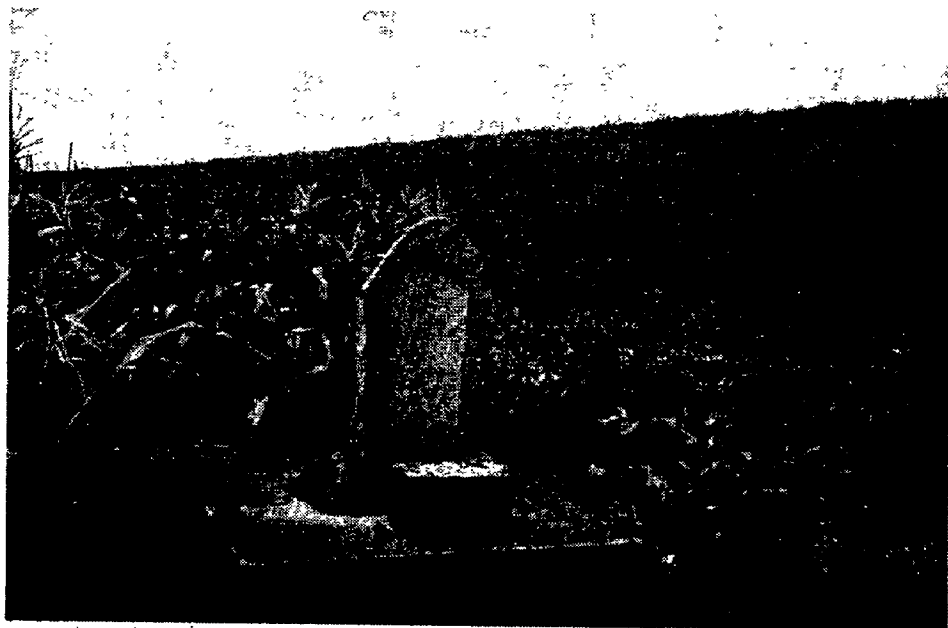


写真4 阿賀野川沿岸の恙虫除け祭祀塔の1例、横越村沢海の堤内登り口にある午頭天王の塚（昭和8年建立）

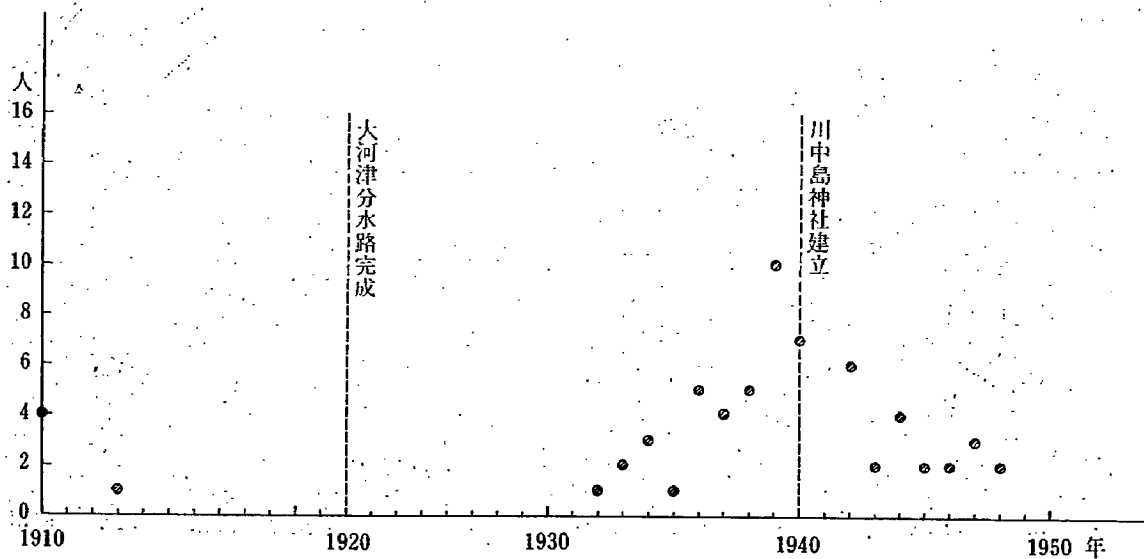


写真5 大河津分水完成後に建立された川中島神社、建札には恙虫神社と記されている。

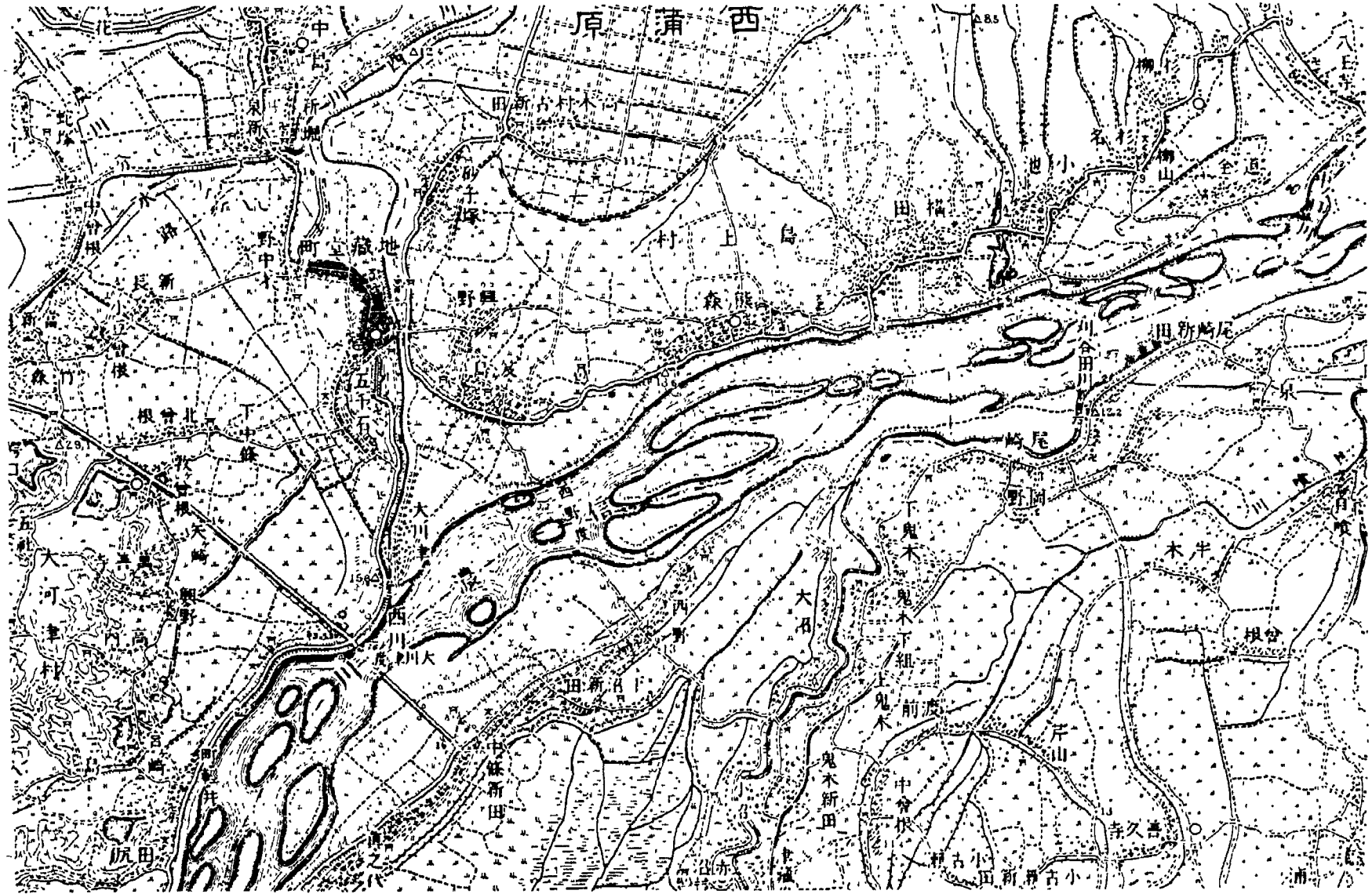
ば、信濃川筋の恙虫病罹患者は大正11（1921）年の大河津分水の完成後から急速に減少に向う。しかしながら、ミクロスコーピックに精査してみると、必ずしも当たっているとはいえない。この分水開通後にかえって恙虫病が発生して、死亡者の増加と恙虫除けまたは恙虫の霊の怒りをなだめようという小祠が創建された事例が、必ずしも1、2に止まらないことが佐久間の調査から明らかになった。いま、その1、2の例を示そう。

大河津分水工事によって、当時の本流に沿って分水地点のすぐ下流に位置した島上村熊ノ森、横田の2地区では信濃川河川敷に約200haの洲が出現した。地元の住民はまずこの土地を草刈場とし

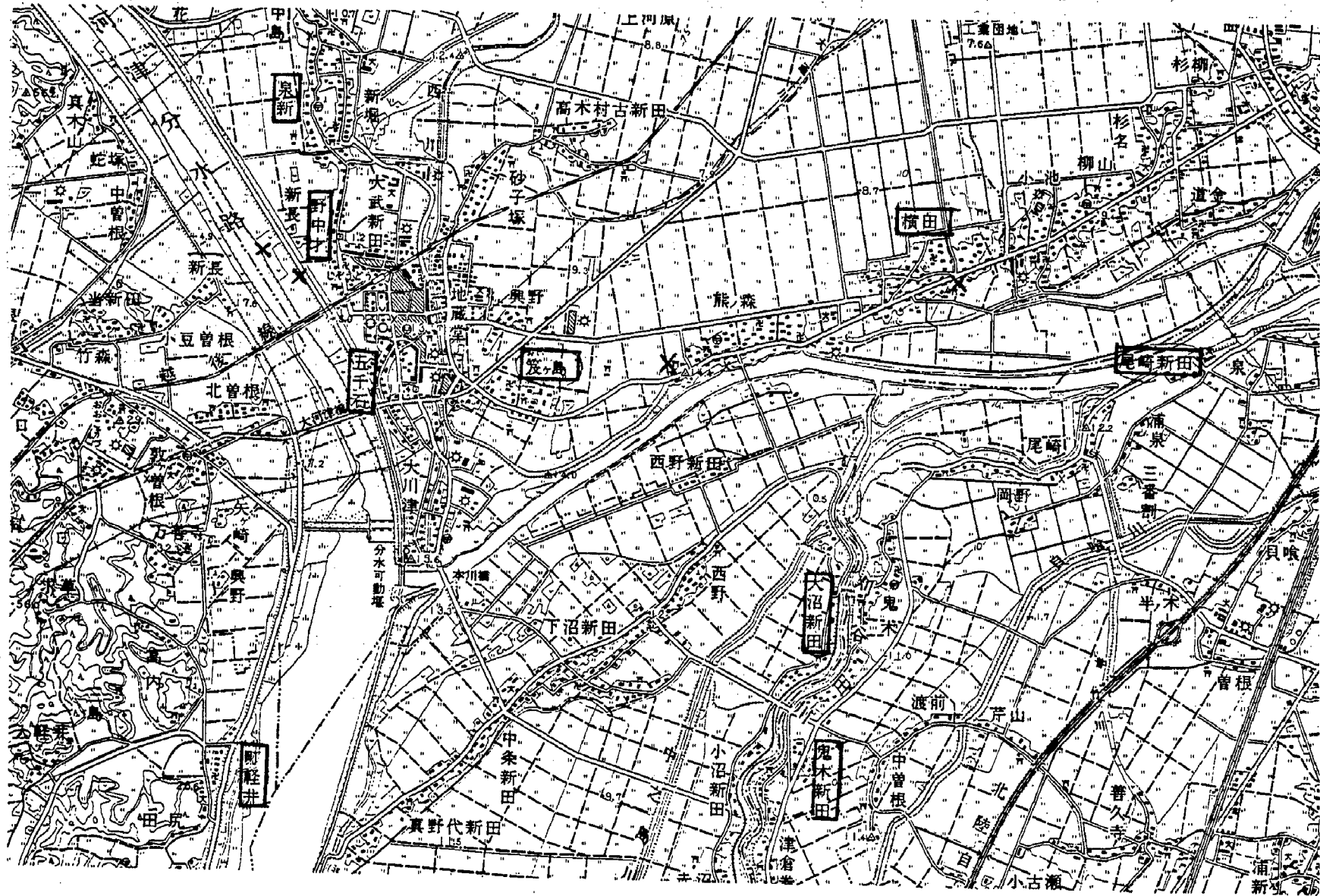
第1図 大河津分水路完成後の恙虫病死亡者数の増減（分水町横田地区）



第2圖 大河津分水路完成前の信濃川地蔵堂附近（明治44年）



第3図 大河津分水路完成後の信濃川河道（昭和56年）



て利用し、完全に乾いた10数年後の昭和9(1934)年ころから開墾に着手したが、そのころから、以前には稀であった恙虫病患者が続出するようになった。これを祈願によって防止しようとした住民たちは、昭和15(1940)年に伊勢から豊受大神を分霊して、産土神の諏訪神社境内に川中島神社を奉祀した。その死亡者(罹患者はより多い)数のグラフを第1図に示す。本地区でこの40年間の恙虫病による死者は、明治年間から昭和20年までの戦死・戦病死者数よりはるかに多いという⁽³⁴⁾。これは、大規模な河川改修、水位低下が直ちに恙虫病減少にはつながらないことを示す1例といえる。この地区の水位低下は現河床面を基準としてみると、約3m程度とみられる。そして、近世中期から明治年間までの新田開発を目的とする河川改修、治水工事にも、微視的にかような事情が随伴していたのではなかろうか。ちなみに、この地区の信濃川沿岸の改修状況を新旧の地形図によって対照比較すると、第2図および第3図のようである。第3図中の四角く囲んだ地名は昭和2(1927)年以後新しく有病地を生じた土地である。分水地点から下流にそれが多いことが認められよう。なお×印は分水後に祭祀されたムシガミサマである。

このうち、分水町野中才のシマムシドウは昭和7(1932)年建立で、ここも大河津分水河道に位置するが、ここでも河道が設けられてから患者が多発した結果としてまつられたものである旨が、祠の石面に刻まれた文章から明かである。原文は漢文だが、いま読み下し文として下に記す。

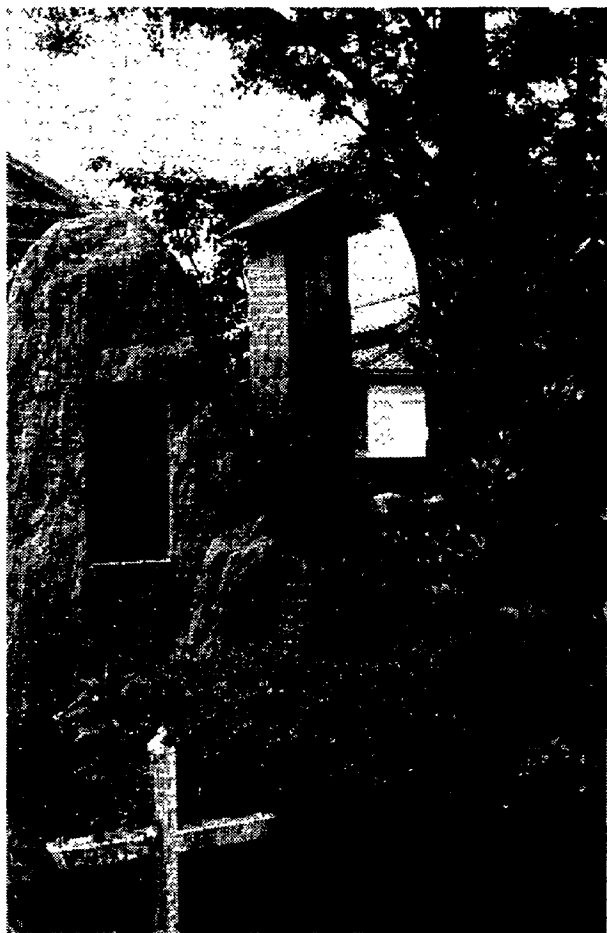


写真6 新潟市本所にある恙虫祠(右後塔方形)
と死亡者供養塔

新信濃川(大河津分水)開墾の大計完成す。而して我が田畠凡そ三拾六町歩はその用地たり。然して河畔は將に蟄虫化生し毒瘴を被りおおく魂をえらぶ。即ち主体を領して祠を立て祭を修め、以て恙なきを祈ると云う。昭和壬申の年の秋に当り、野中才住民等稽首して之を誌す⁽³⁵⁾。

すなわち、これもまた分水による河床の露出地が、ツツガムシの発生地化した事例である。

阿賀野川沿岸では、新潟市本所に事例がみられる。この川原は現在グラウンドになっているが、もと草地であったころ河道に近く虫堂が石柱上にまつられていた。昭和50年(1975)にここが改修されることとなって、産土神の諏訪神社境内に移転し、その前に自然石の恙虫犠牲者供養塔が建立された。石の裏につぎの文が刻まれて建立の趣旨が明かである。

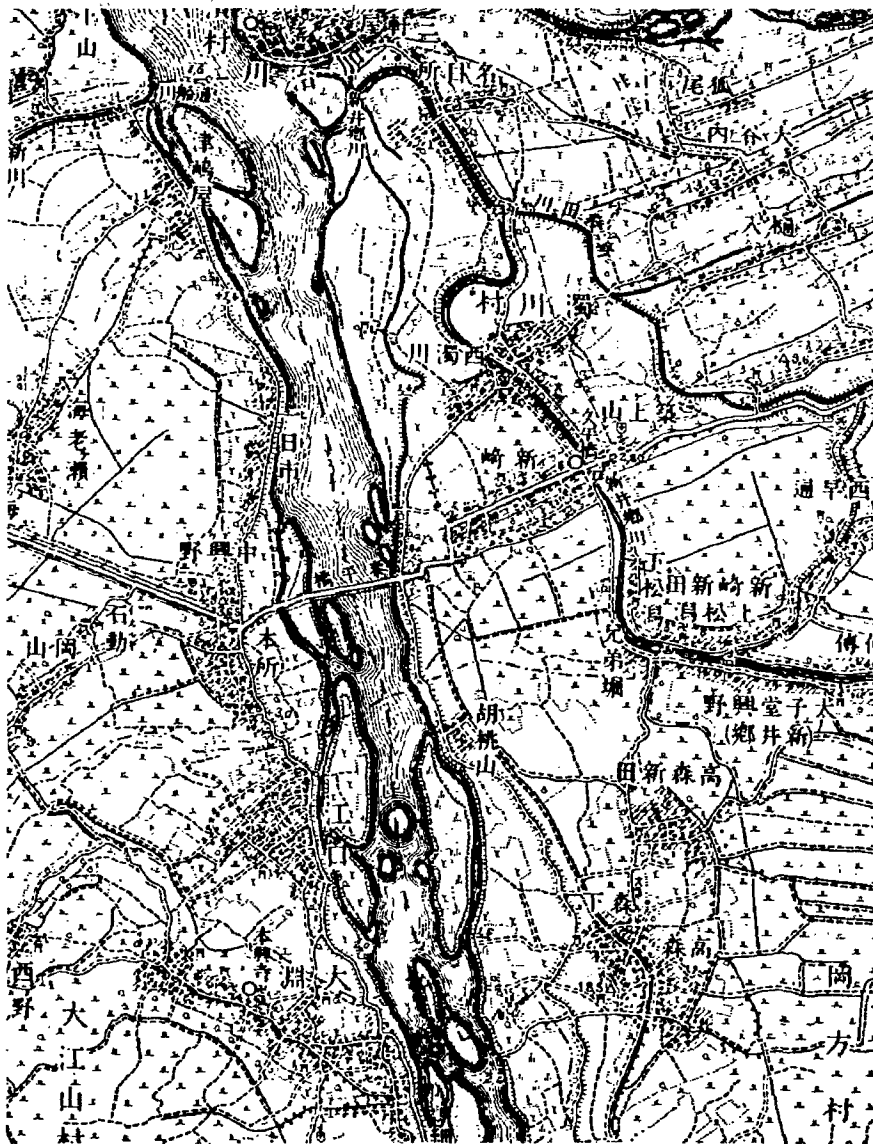
阿賀野川左岸本所堤外地は、土地肥沃にし

て古来より本所人参の産地として、広く世に知られてきた土地柄であったが、大正六年、内務省の阿賀野川改修計画に基き買収され、表土を左岸築堤用に掘取られたために著しく湿地化し、往古より本所地内には未だかつて発生を見なかった恙虫病が発生し、大正九年八月飯島市太の罹病を最初に、昭和十五年九月までの間に十七名が次々と罹病するに至り、左記九名（氏名省略）が尊き犠牲となられたのであり、爾来六十年、今回新潟市の児童公園建設を機に犠牲者の霊を弔うため供養塔を建立するものである。

以上で明かなように、この川原も河川改修を機として恙虫病が発生した事例の一つである。第4図および第5図に改修前および改修後の阿賀野川沿岸の地形図を示した。

以上の事例は、河川改修工事がこれまでの河道部の水位を低下させ、そこにツツガムシ類の繁殖地を形成した結果として、その空間に立入って働く人びとの中から患者の発生を見るようになった場合である。もちろん、すべての河川改修地でこのような現象が発生したわけではあるまい。改修

第4図 阿賀野川本所附近（明治44年）



要 約

以上の論述において著者は何を言いたかったのか。従来の近代医学体系にもとづく、疫学的な医学地理学の研究テーマのほかにも、民間医療体系による住民の疾病や健康についての認識の中に、地域における生活実態を明かにする資料が存在するということである。そして、疫学的地理学においては、近代医学体系についての知識・技術ならびに資料取得の便宜が得られない研究者にとっては、研究上の限界があることが多い。しかしながら、他方の民間医療体系にもとづく研究テーマでは、労力と面接とを厭わなければかなり豊かな資料を得られ、解釈・分析の手法も比較的容易なのである。この点で、今後この分野の研究が進展することを望むものである⁽³⁶⁾。

参考文献並びに註

- (1) 千葉徳爾 (1957): 木曾谷の疾病率と受診率 地理学評論30巻12号 1142—1147
- (2) 千葉徳爾 (1986): 医学地理学と民間医療論 日本地理学会予稿集29 248—249
- (3) 都九十九一 (1962): 民間医療 大塚民俗学会編: 日本民俗事典 699—700
- (4) 千葉徳爾 (1978): 民俗学のこころ に概略を記してある。
- (5) これについても、若干の所見を前掲(4)に述べてある。
- (6) これについては、柳田国男がくりかえし注意しているところで、民俗学研究ではいわば前提となっているといえる。
- (7) 千葉徳爾・大津忠男 (1983): 間引と水子 18—38
- (8) 藤井正雄 (1986): 日本人とご利益信仰 124—139
- (9) 千葉徳爾 前掲(4)
- (10) 小田 晋 (1980): 日本の狂気誌をみよ。
- (11) 小田 晋 (1979): 狂気の構造をみよ。
- (12) D. Gregory・P. Haggett・D. M. Smith・D. R. Stoddart 編 (1981): The Dictionary of Human Geography にイギリス流のこの分野についての説明がある。結論的には社会地理学の一分野に属するとする。具体的には、L. D. Stamp が事例をあげて述べている。今井清一訳: 医学地理学の諸問題(1973) 参照。日本の事例については柳山政子 (1971): 疾病と地域・季節がある。
- (13) これらの詳しい概観については、加賀美雅弘・柳山政子 (1982): 医学地理学の最近の動向 人文地理 34巻4号 35—55がある。
- (14) 加賀美雅弘 (1986): 山形県における脳卒中死亡の地理学的分析 人文地理学研究X 61—76 なお著者には別に概観として
加賀美雅弘 (1983): わが国における脳卒中死亡の地域的パターン 地理学評論56巻5号 311—323がある。
- (15) 柳田国男 (1935): モノモラヒの話 定本柳田国男集第14巻所収 275—289
- (16) 佐久間惇一 (1983): 恙虫をめぐる信仰の諸相 日本民俗学 146号 40—53
同 (1981): 恙虫除けの七面様 高志路 256号 22—26
同 (1982): 大和町の赤虫大明神 高志路 267号 11—15
同 (1983): 信濃川河畔の恙虫をめぐる民俗Ⅰ(上) 長岡市域 高志路 265号
同 (1984): 信濃川河畔の恙虫をめぐる民俗Ⅱ(下) 中・下流域 高志路 274号
同 (1982): ツツガ虫除け祭祀雑記Ⅰ—五泉市善願を中心として— 蒲原63号 36—45
同 (1983): ツツガ虫除け祭祀雑記Ⅱ—祭祀の諸相— 蒲原64号 68—75
佐久間惇一他 (1982): 新潟県史資料編22 民俗・文化財— 635—641
- (17) 佐々 学 (1959): 日本の風土病 まえがき

- (18) たとえば、日沼頼夫(1986):新ウイルス物語をみよ。
- (19) 鈴木昭英(1983):信濃川中流域における島虫神の祭祀 長岡市立科学博物館研究報告18号
- (20) 八木康幸(1984):村境の象徴論的意味 人文論究34巻3号 1—22 その他この問題についての論考は多い。
- (21) 柳田国男(1935):前掲(15)
- (22) これは主として近世になって出現した方式とみなされる。千葉徳爾(1985):草人形考を参照。
- (23) たとえば前掲(17) その他これについて述べた文章にみられる。
- (24) 佐々 学(1959) 前掲(17)
- (25) これらの伝承は佐久間が「日本民俗学」に報告した中にまとまっている。
- (26) 田中館秀三・木村正太郎(1939):山形県に於ける恙虫の地理的研究 地理学7巻9号 47—58
- (27) 佐々 学(1971):ノミはなぜはねる など参照。
- (28) 新発田市・豊栄市・北蒲原郡医師会編(1982):新発田市・豊栄市・北蒲原郡医事衛生史 450
- (29) 新発田市編(1970):新発田市史(上) 825—826
- (30) これらの祠堂創設時期についても、佐久間の報告(前掲)にくわしい。
- (31) 波平美恵子(1983):病気の社会的・文化的意味づけ——病気による家筋の問題を中心として——季刊人類学 12巻1号 184—207
- (32) 他の虫には刺された、噛まれたというが、ハブは「打たれた」といって、神罰としての雷に打たれたのと同じ言葉を用いる。
- (33) 佐々 学(1959):日本の風土病 48—49
- (34) 藤田陳平(1956):島上村誌(後篇) 124—125
- (35) 佐久間惇一の「信濃川河畔の恙虫をめぐる民俗Ⅱ(下)」には原文で載せてある。
- (36) 筆者自身もまた大方の驥尾に付して、研究の1事例を加えたいと念願している。

(1986.9.25)